



## Neighborhood Dual **CONNECT** (HMO D-SNP)

### 2026 Formulario (Lista de medicamentos cubiertos o 'Lista de medicamentos')

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID del formulario aprobada: 00026453 Versión 12

Este formulario se actualizó el 5/29/2026. Si desea información más reciente o tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de Neighborhood Dual CONNECT al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales) o visitar [www.nhpri.org/DualCONNECT](http://www.nhpri.org/DualCONNECT).

**Nota para quienes ya son miembros:** Este formulario tiene cambios con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que siga incluyendo los medicamentos que usted usa.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Neighborhood Dual CONNECT.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que tiene vigencia a partir del **5/29/2026**. Si desea ver una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, tiene que usar las farmacias de la red para obtener el beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año.

### **¿Qué es el formulario de Neighborhood Dual CONNECT?**

En este documento, usamos los términos “Lista de medicamentos” y “formulario” para referirnos a lo mismo. El formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Neighborhood Dual CONNECT con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos recetados que se consideran necesarios en un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Neighborhood Dual CONNECT cubre los medicamentos mencionados en el formulario siempre que el medicamento sea necesario desde el punto de vista médico, la receta se surta en una farmacia de la red de Neighborhood Dual CONNECT y se sigan las otras normas del plan. Si desea más información sobre cómo surtir las recetas, consulte la Evidencia de cobertura.

### **¿El formulario puede cambiar?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero podríamos agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, pasarlos a otros niveles de costos compartidos o agregar restricciones nuevas. Cuando hacemos estos cambios, debemos seguir las normas de Medicare. Las actualizaciones al formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web aquí: [www.nhpri.org/DualCONNECT](http://www.nhpri.org/DualCONNECT).

**Cambios que pueden afectarlo a usted este año:** En los casos que se mencionan a continuación, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de algunas versiones nuevas de medicamentos de marca y de productos biológicos originales.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo sustituimos por una nueva versión de ese medicamento que tendrá las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos a nuestro formulario una versión nueva de un medicamento, podríamos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original, pero agregarle otras restricciones.

Podríamos hacer estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estuviera en el formulario (por ejemplo, agregamos un biosimilar intercambiable que puede sustituirse por un producto biológico original en una farmacia sin necesidad de conseguir una receta nueva).

Si está usando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos por adelantado antes de hacer un cambio inmediato, pero luego le informaremos los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos ese cambio, usted o el profesional que le receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo en su caso el medicamento que se cambió. Si desea más información, consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Neighborhood Dual CONNECT?” que está más adelante.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Si desea más información, consulte la sección “¿Qué son los productos biológicos originales y cuál es su relación con los biosimilares?” que está más adelante.

- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si el fabricante retira el medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se lo retire por motivos de seguridad o eficacia, podríamos quitar de inmediato el medicamento de nuestro formulario y luego avisar a los miembros que usan el medicamento.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afecten a los miembros que estén usando un medicamento. Por ejemplo, podríamos quitar un medicamento de marca del formulario cuando agregamos un genérico equivalente o quitar un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar. También podríamos imponer restricciones nuevas al medicamento de marca o al producto biológico original. Podríamos realizar cambios en función de pautas clínicas nuevas. Si quitamos un medicamento de nuestro formulario o agregamos restricciones como autorización previa, límites de cantidad o tratamiento escalonado de un medicamento, debemos notificar acerca del cambio a los miembros afectados, al menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Por otra parte, cuando un miembro solicita el resurtido un medicamento, es posible que reciba un suministro del medicamento para 30 días y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción en su caso y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado usando. El aviso que le demos también contendrá información sobre cómo solicitar una excepción. Igualmente, encontrará información al

respecto en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Neighborhood Dual CONNECT?” que está más adelante.

**Cambios que no lo afectarán si está usando el medicamento.** Por lo general, si está usando un medicamento del formulario 2026 que estaba cubierto a principio de año, no descontinuaremos ni disminuirémos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto según se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura para los miembros que los estén usando. No recibirá este año un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, esos cambios podrían afectarlo, por lo cual es importante que revise si hay cambios en los medicamentos del formulario para el nuevo año de beneficios.

El formulario adjunto es vigente a partir del **5/29/2026**. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Neighborhood Dual CONNECT. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contraportada. En caso de que se realizaran cambios en el formulario a mitad de año, se publicará una versión revisada del Formulario completo de Neighborhood Dual CONNECT en [www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/](http://www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/).

## ¿Cómo se usa el formulario?

Hay dos maneras de buscar el medicamento en el formulario:

### Por afección médica

El formulario comienza en la página **9**. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría: Cardiovascular. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página **9**. Luego busque el medicamento dentro de esa categoría.

### Por orden alfabético

Si no está seguro de cuál es la categoría, busque el medicamento en el índice que comienza en la página **86**. El índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos que aparecen en este documento. En el índice, se mencionan tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque su medicamento en el índice. Junto al medicamento, verá el número de página en la que encontrará información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Neighborhood Dual CONNECT cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un genérico está aprobado por la FDA, ya que tiene los mismos ingredientes activos

Última actualización: **5/29/2026**

que el medicamento de marca. Los genéricos suelen tener la misma eficacia que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los genéricos pueden sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de conseguir una receta nueva, según las leyes estatales.

### **¿Qué son los productos biológicos originales y cuál es su relación con los biosimilares?**

En el formulario, cuando hablamos de medicamentos, podríamos referirnos a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales. Por este motivo, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas denominadas “biosimilares”. Los biosimilares suelen tener la misma eficacia que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de conseguir una receta nueva, al igual que los genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Si desea ver un análisis de los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1: “La 'Lista de medicamentos' le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

### **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Entre los requisitos y límites se encuentran los siguientes:

- **Autorización previa:** Neighborhood Dual CONNECT exige que usted o el profesional que le receta el medicamento obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Neighborhood Dual CONNECT antes de surtir las recetas. Si no obtiene la aprobación, Neighborhood Dual CONNECT podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En el caso de algunos medicamentos, Neighborhood Dual CONNECT limita la cantidad que cubrirá. Por ejemplo, Neighborhood Dual CONNECT cubre 30 comprimidos de FARXIGA cada 30 días.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Neighborhood Dual CONNECT le pide que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección médica, Neighborhood Dual CONNECT podría no cubrir el medicamento B, a menos que haya probado el medicamento A. Si el medicamento A no funciona en su caso, Neighborhood Dual CONNECT entonces cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, busque el formulario que comienza en la página 9. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información

Última actualización: **5/29/2026**

sobre las restricciones que se imponen a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede solicitar a Neighborhood Dual CONNECT que haga una excepción a estas restricciones o límites o pedirle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Neighborhood Dual CONNECT?” en la página 6 para ver información sobre cómo pedir una excepción.

### **¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?**

Si el medicamento no está en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debe comunicarse primero con Servicios para Miembros y preguntar si el medicamento está cubierto.

Si descubre que Neighborhood Dual CONNECT no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que cubra Neighborhood Dual CONNECT. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra Neighborhood Dual CONNECT.
- Puede pedirle a Neighborhood Dual CONNECT que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo pedir una excepción.

### **¿Cómo solicito una excepción al formulario de Neighborhood Dual CONNECT?**

Puede pedirle a Neighborhood Dual CONNECT que haga una excepción a las normas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, el medicamento tendrá cobertura en un nivel predeterminado de costo compartido y no podrá pedirnos proporcionar el medicamento a un nivel menor de costo compartido.
- Puede pedirnos una excepción a una restricción de la cobertura, como una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad del medicamento. Por ejemplo, en el caso de algunos medicamentos, Neighborhood Dual CONNECT cubre una cantidad limitada. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos una excepción a ese límite para cubrir una cantidad mayor.

Por lo general, Neighborhood Dual CONNECT solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o la imposición de la restricción, no serían tan eficaces para usted o le provocarían efectos adversos.

Usted o el profesional que le receta el medicamento deben comunicarse con nosotros para pedir una excepción al formulario, incluso si se trata de una excepción a la restricción de la cobertura. **Cuando solicita una excepción, el profesional que le receta el medicamento tendrá que explicar las razones médicas por las cuales hace falta la excepción.** Por lo general, debemos tomar la decisión en un plazo de 72 horas desde que recibimos la declaración fundamentada del

Última actualización: **5/29/2026**

profesional que le receta el medicamento. Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si cree –y estamos de acuerdo con ello– que podría sufrir daños graves a su salud por esperar un máximo de 72 horas para la decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que le receta el medicamento pide una decisión rápida, debemos darle una respuesta con la decisión en un plazo no mayor a 24 horas desde que recibimos la declaración fundamentada del profesional.

### **¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o si tiene una restricción?**

Ya sea como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que esté usando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O quizás use un medicamento que esté en nuestro formulario, pero que tenga una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con el profesional que le receta el medicamento sobre pedir una decisión de cobertura que demuestre que usted cumple los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que esté cubierto o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usa. Si bien usted y su médico determinan la manera de proceder adecuada para usted, en algunos casos podríamos, cubrir su medicamento durante los primeros 90 días de su pertenencia a nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que use que no estén en nuestro formulario o que tengan una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos reposiciones hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, ya no pagaremos estos medicamentos después del suministro inicial para 30 días, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si tiene alguna limitación para obtener los medicamentos, pero ya han pasado los primeros 90 días de pertenencia a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras pide la excepción al formulario.

Se permiten transiciones en los niveles de atención si ha salido de un centro de atención a largo plazo en los últimos 30 días. Cubriremos un suministro del medicamento que necesita para 30 días acumulados sea o no miembro nuevo de Neighborhood Dual CONNECT.

También se permiten transiciones en los niveles de atención si ha ingresado en un centro de atención a largo plazo en los últimos 30 días. Cubriremos un suministro del medicamento que necesite para 31 días acumulados (existen límites para surtir ciertos medicamentos de marca), sea o no miembro nuevo de Neighborhood Dual CONNECT.

### **Más información**

Si desea obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados con Neighborhood Dual CONNECT, consulte la Evidencia de Cobertura y otros documentos del plan.

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta sobre Neighborhood Dual CONNECT. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

## Formulario de Neighborhood Dual CONNECT

El formulario que está a continuación brinda información sobre la cobertura para los medicamentos cubiertos por Neighborhood Dual CONNECT. Si le cuesta encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página **86**.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., SYNTHROID) y los genéricos se indican en cursivas minúsculas (p. ej., *levotiroxina*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Neighborhood Dual CONNECT tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna "Requisitos/Límites":

**PA=** Autorización previa: debe tener la aprobación de nuestro plan antes de obtener este medicamento.

**ST=** Tratamiento escalonado: debe probar otro medicamento antes de obtener este.

**QL=** Límites de cantidad: Neighborhood Dual CONNECT limita la cantidad que puede obtener de este medicamento.

**B/D=** Este medicamento podría estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Según las circunstancias, podría hacer falta una autorización previa. Es posible que haya que presentar información que describa por qué y dónde (en qué entorno) usa este medicamento.

Dual CONNECT del Neighborhood Health Plan of Rhode Island (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el programa de Medicaid de Rhode Island. La inscripción al plan Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende de la renovación del contrato.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS</b>		
<b>Agentes Alquilantes</b>		
<i>bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1 gm/5ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/5ml, 500 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/2ML, 2 GM/4ML, 500 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>lomustine oral capsule 10 mg, 100 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>vivimusta intravenous solution 100 mg/4ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>Agentes Antineoplásticos Hormonales</b>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ABIRTEGA ORAL TABLET 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
YONSA ORAL TABLET 125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<b>Agentes Moleculares Dirigidos</b>		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 cápsulas cada 28 días
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 cápsulas cada 28 días
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 63 tabletas cada 28 días
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 270 cápsulas cada 30 días
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 168 cápsulas cada 28 días
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 168 tabletas cada 28 días
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HERCESSI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 tabletas cada 28 días
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 216 ml cada 27 días
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>imkeldi oral solution 80 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 280 ml cada 28 días
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395-4800 MG -UNT/2.4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 21 días
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 790-9600 MG -UNT/4.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 42 días
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 tabletas cada 28 días
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 42 tabletas cada 28 días
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 63 tabletas cada 28 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 70 tabletas cada 28 días
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 91 tabletas cada 28 días
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 cápsulas cada 30 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 7.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 cápsulas cada 30 días
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1260 ml cada 30 días
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 cápsulas cada 28 días
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 96 ml cada 28 días
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>pazopanib hcl oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 cápsulas cada 28 días
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 336 paquetes cada 28 días
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 224 cápsulas cada 28 días
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 840 tabletas cada 28 días
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1875-30000 MG-UT/15ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 21 días
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 64 tabletas cada 28 días
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 paquetes cada 28 días
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 42 tabletas cada 28 días
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 ml cada 30 días
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 32 tabletas cada 28 días
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
<b>Antimetabolitos</b>		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 5 tabletas cada 28 días
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 100 tabletas cada 28 días
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 80 tabletas cada 28 días
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 14 tabletas cada 28 días
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Diversos</b>		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 20 cápsulas cada 28 días
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<b>Inhibidores Mitóticos</b>		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 20 mg/ml, 80 mg/4ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML, 20 MG/2ML, 80 MG/8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>Inmunomoduladores</b>		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 cápsulas cada 28 días
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
<i>pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
<b>Agentes Autoinmunes</b>		
<i>adalimumab-bwwd subcutaneous solution auto-injector 40 mg/0.4ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
<i>adalimumab-bwwd subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 160 MG/ML, 320 MG/2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML, 320 MG/2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 recambios cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 frascos cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 jeringas cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 plumas cada 28 días
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 plumas cada 28 días
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 plumas cada 28 días
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 jeringas cada 28 días
PYZCHIVA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
RENFLXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 ml cada 30 días
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 168 tabletas cada año
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 plumas cada 365 días
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 recambio cada 56 días
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 365 días
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
TREMFYA-CD/UC INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
<i>ustekinumab intravenous solution 130 mg/26ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml, 90 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 480 ml cada 24 días
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
<b>Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)</b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>Inmunoglobulinas</b>		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GAMMAGARD ERC INJECTION SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Inmunomoduladores</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Inmunosupresores</b>		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IPOL INJECTION SUSPENSION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penmenvy intramuscular suspension reconstituted</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 jeringas por vida
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 frascos por vida
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

## ANALGÉSICOS

Aine		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada</b>		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/1hr, 15 mcg/1hr, 20 mcg/1hr, 5 mcg/1hr, 7.5 mcg/1hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 parches cada 28 días
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/1hr, 12 mcg/1hr, 25 mcg/1hr, 37.5 mcg/1hr, 50 mcg/1hr, 62.5 mcg/1hr, 75 mcg/1hr, 87.5 mcg/1hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 ml cada 30 días
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 450 ml cada 30 días
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<b>Analgésicos Opioides, De Acción Rápida</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2700 ml cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 400 tabletas cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2700 ml cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 600 ml cada 30 días
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 ml cada 30 días
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 ml cada 30 días
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<b>Diversos</b>		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>Gota</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>ANTIINFECTIVOS</b>		
<b>Agentes Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 400 ml cada 30 días
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 480 tabletas cada 30 días
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Agentes Antituberculosos</b>		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes Combinados Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>emtricitab- rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trumeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antifúngicos</b>		
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 93 tabletas cada 30 días
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 28 días
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 480 tabletas cada 30 días
<b>Antiinfectivos, Varios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 672 tabletas cada año
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 ml cada 30 días
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BLUJEPAL ORAL TABLET 750 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 tabletas cada año
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 20 tabletas cada 90 días
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 10 tabletas cada 90 días
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1800 ml cada 30 días
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 6 tabletas cada 30 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 80 cápsulas cada 180 días
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 160 cápsulas cada 180 días
<b>Antimalariales</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Antivirales</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 336 tabletas cada 28 días
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 168 cápsulas cada año
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 84 cápsulas cada año
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1080 ml cada año
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 40 tabletas cada 90 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 22 tabletas cada 90 días
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 90 días
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 6 inhaladores cada año
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 tableta cada 180 días
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 tableta cada 180 días
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 3 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefepodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefepodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ceftaroline fosamil intravenous solution reconstituted 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Eritromicinas/Macrólidas</b>		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ERYTHROICIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Fluoroquinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 2000000 unit, 5000000 unit</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Tetraciclinas</b>		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 14 días
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>CARDIOVASCULAR</b>		
<b>Alfabloqueantes</b>		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Antagonistas Del Receptor De Aldosterona</b>		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antagonistas Del Receptor De Angiotensina li</b>		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<b>Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antilipémicos, Fibratos</b>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-Coa</b>		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<b>Antilipémicos, Varios</b>		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Betabloqueadores</b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Bloqueadores De Los Canales De Calcio</b>		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos</b>		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II</b>		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 cápsulas cada 30 días
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<b>Combinaciones De Inhibidores De Eca</b>		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Diuréticos</b>		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Diversos</b>		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 450 ml cada 30 días
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<b>Hipertensión Arterial Pulmonar</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 frascos cada 21 días
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 106 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 224 cápsulas cada 28 días
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 140 cápsulas cada 28 días
<b>Inhibidores De Ace</b>		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Nitratos</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>ENDOCRINO Y METABÓLICO</b>		
<b>Agentes Antitiroideos</b>		
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LIOMNY ORAL TABLET 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Agentes Elevadores De Glucosa</b>		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GVOKE HYOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GVOKE HYOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Agentes Quelantes</b>		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium polystyrene sulfonate combination suspension 15 gm/60ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION 30 GM/120ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Analógicos De Vitamina D</b>		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 g cada 30 días
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 150 g cada 30 días
<b>Anticonceptivos</b>		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AMETHYST ORAL TABLET 90-20 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BLISOVI FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CHATEAL EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CRYSSELLE ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DASETTA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FEIRZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FEIRZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GALBRIELA ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HAILEY FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JAIMIESS ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JENCYCLA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levonorgest-eth est &amp; eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOJAIMIESS ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LUIZZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LUIZZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MELEYA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ORQUIDEA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ROSYRAH ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VALTYA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VALTYA 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XELRIA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antidiabéticos, Insulinas</b>		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
CEQR SIMPLICITY 2U DEVICE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
CEQR SIMPLICITY 2U DEVICE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 parches cada 24 días
CEQR SIMPLICITY INSERTER	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 insertadores al año

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5 KIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 kit cada año

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 5 plumas cada 25 días
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 5 plumas cada 30 días
<b>Antidiabéticos</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg, 10-500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 75 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<b>Diversos</b>		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>betaine oral powder</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D; QL; 120 tabletas cada 30 días
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gmltsp</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 &amp; 15 mg, 45 &amp; 15 mg, 60 &amp; 30 mg, 90 &amp; 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZELVYSIA ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Estrógenos</b>		
ABIGALE LO ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ABIGALE ORAL TABLET 1-0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol vaginal cream 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Glucocorticoides</b>		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone sod phos (pf) injection solution prefilled syringe 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 250 MG, 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Progestinas</b>		
GALLIFREY ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Reguladores De Calcio</b>		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BILDYOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 180 días
BONSITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/lact</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
OSPOMYV SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 180 días
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 6 mg/ml, 90 mg/10ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 180 días
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>teriparatide solution pen-injector 560 mcg/2.24ml subcutaneous</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
WYOST SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
XTRENBO SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>GASTROINTESTINAL</b>		
<b>Antagonistas Del Receptor H2</b>		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antieméticos</b>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>aprepitant oral capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 parches cada 30 días
<b>Antiespasmódicos</b>		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<b>Diversos</b>		
<i>alosepron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MOVANTI ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 frascos cada 28 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 12 MG/0.6ML, 8 MG/0.4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 jeringas cada 28 días
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK 500-20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 kits al año
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK 500-500-20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 kits al año
VOWST ORAL CAPSULE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 12 cápsulas cada 30 días
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1680 ml cada 28 días
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 supositorios cada 30 días
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 28 botellas cada 28 días
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Inhibidores De La Bomba De Protones</b>		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Laxantes</b>		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>GENITOURINARIO</b>		
<b>Antiespasmódicos Urinarios</b>		
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 ml cada 28 días
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 600 ml cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<b>Antiinfecciosos Vaginales</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Diversos</b>		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Hiperplasia Prostática Benigna</b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<b>HEMATOLÓGICO</b>		
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 3 X 0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 591 tabletas cada 29 días
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 4 X 0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 592 tabletas cada 30 días
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 74 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE 0.15 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 56 cápsulas cada 21 días
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 74 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE 0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 588 tabletas cada 29 días
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 620 ml cada 30 días
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 51 tabletas cada 30 días
<b>Diversos</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 24 cajas cada 30 días
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
DOPTELET SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 frascos cada 30 días
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 20 frascos cada 30 días
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 9 jeringas cada 30 días
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 9 jeringas cada 30 días
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Factores De Crecimiento Hematopoyéticos</b>		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Inhibidores De Agregación Plaquetaria</b>		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>OFTÁLMICOS</b>		
<b>Antialérgicos</b>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antiglaucoma</b>		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antiinfectivos/Antiinflamatorios</b>		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>loteprednol-tobramycin ophthalmic suspension 0.5-0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Antiinfectivos</b>		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>besifloxacin hcl ophthalmic suspension 0.6 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 ml cada 30 días
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XDEMVI OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Antiinflamatorios</b>		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Diversos</b>		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>ÓTICOS</b>		
<b>Agentes Óticos</b>		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>RESPIRATORIOS</b>		
<b>Anticolinérgicos</b>		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 blísteres cada 30 días
<i>ipratropium bromide hfa inhalation aerosol solution 17 mcg/act</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inhalador cada 30 días
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 ml cada 30 días
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 ml cada 30 días
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Beta Agonistas</b>		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 2 inhaladores cada 30 días
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 6 inhaladores cada 30 días
<b>Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas</b>		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inhalador cada 30 días
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inhalador cada 30 días
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 4 inhaladores cada 28 días
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 blísteres cada 30 días
<b>Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas</b>		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inhalador cada 30 días
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
<b>Diversos</b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>nintedanib esylate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 270 cápsulas cada 30 días
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 56 tabletas cada año
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 frascos cada 28 días
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Esteroides Nasales</b>		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 botellas cada 30 días
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 botella cada 30 días
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 32 ml cada 30 días
<b>Inhalantes Esteroides</b>		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 inhalaciones cada 30 días
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>Moduladores De Leucotrieno</b>		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>brivaracetam oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
<i>brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 cápsulas cada 30 días
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 paquetes cada 30 días
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 ml cada 30 días
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1200 ml cada 30 días
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 ml cada 30 días
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 680 ml cada 28 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 cápsulas cada 30 días
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 270 cápsulas cada 30 días
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2160 ml cada 30 días
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1200 ml cada 30 días
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 unidades nasales cada 30 días
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 680 ml cada 28 días
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1500 ml cada 30 días
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2400 ml cada 30 días
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 480 tabletas cada 30 días
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 hojas cada 30 días
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 blísteres cada 30 días
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 blísteres cada 30 días
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 blísteres cada 30 días
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 blísteres cada 30 días
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 56 tabletas cada 28 días
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 56 tabletas cada 28 días
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 28 tabletas cada 28 días
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1100 ml cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes Antiparkinsonianos</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Agentes Para Esclerosis Múltiple</b>		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 14 kits cada 28 días
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 plumas cada 365 días
<b>Agentes Para Terapia Musculoesquelética</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Ansiolíticos</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 ml cada 30 días
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 ml cada 30 días
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<b>Antidemencia</b>		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 200 ml cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl er oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 parches cada 30 días
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 parches cada 30 días
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 cápsulas cada 14 días
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 14 cápsulas cada 14 días
<b>Antipsicóticos</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 56 días
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 28 días
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inyección cada 28 días
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 56 días
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 28 días
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 paquetes cada año
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 28 días
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 jeringas al año
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inyección cada 180 días
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 28 días
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 90 días
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 frascos cada 1 día
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 30 tabletas cada 30 días
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 hojas cada 30 días
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 hojas cada 30 días
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inyecciones cada 28 días
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 ml cada 30 días
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 120 tabletas cada 30 días
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 parches cada 30 días
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 6 inyecciones cada 3 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 frascos cada 28 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
<b>Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<b>Diversos</b>		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<b>Hipnóticos</b>		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Migraña</b>		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 30 días
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 ml cada 30 días
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 jeringas cada 30 días
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 plumas cada 30 días
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 30 días
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 40 tabletas cada 28 días
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 tabletas cada 30 días
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 tabletas cada 30 días
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 18 tabletas cada 30 días
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 18 tabletas cada 30 días
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 unidades cada 30 días
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 24 unidades cada 30 días
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 tabletas cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 tabletas cada 30 días
<b>Narcolepsia/Cataplexia</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 540 ml cada 30 días
<b>Non-Frf</b>		
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2160 ml cada 30 días
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Psicoterapéutico, Varios</b>		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 4-1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 paquetes cada año
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 56 tabletas cada 28 días
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>SUPLEMENTOS NUTRICIONALES</b>		
<b>Electrolitos/Minerales, Inyectables</b>		
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>kcl (0.298%) in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 3 gm/100ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales</b>		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>westab plus oral tablet 27-1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Nutrición Iv</b>		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 15 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<b>TÓPICOS</b>		
<b>Agentes Para Boca/Garganta/Dentales</b>		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 pastillas cada 30 días
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Dermatología, Acné</b>		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 46,6 g cada 30 días
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 75 ml cada 30 días
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>ery external pad 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 compresas cada 30 días
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
NEUAC EXTERNAL GEL 1.2-5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 118 ml cada 30 días
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 45 g cada 30 días
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 45 g cada 30 días
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<b>Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas</b>		
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 g cada 30 días
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Dermatología, Anestésicos Locales</b>		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 ml cada 30 días
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 50 g cada 30 días
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 50 ml cada 30 días
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D; QL; 30 g cada 30 días
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
TRIDACAINE II EXTERNAL PATCH 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
<b>Dermatología, Antibióticos</b>		
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 220 g cada 30 días
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 453,6 g cada 30 días
<b>Dermatología, Anticuerpos</b>		
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 g cada 30 días
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 85 g cada 30 días
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<b>Dermatología, Antipsoriáticos</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 ml cada 30 días
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 g cada 30 días
<b>Dermatología, Corticosteroides</b>		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 236 ml cada 30 días
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 100 ml cada 30 días
CLODAN EXTERNAL SHAMPOO 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 236 ml cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 118,28 ml cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 118,28 ml cada 30 días
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 50 g cada 30 días
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 50 g cada 30 días
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 454 g cada 30 días
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 454 g cada 30 días
<b>Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 59 ml cada 30 días
<i>permethrin external cream 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D  
Última actualización: 5/29/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas</b>		
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 g cada 30 días
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 ml cada 28 días
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 40 g cada 30 días
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 ml cada 30 días
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 24 paquetes cada 30 días
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 59 ml cada 30 días
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 g cada 30 días
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 100 g cada 30 días
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 7 ml cada 28 días
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM 1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 100 g cada 30 días
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 g cada 30 días

## Índice de medicamentos

<i>abacavir sulfate</i> .....	26	AMETHYST.....	43	AUROVELA 1/20.....	43
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....	28	<i>amikacin sulfate</i> .....	29	AUROVELA 24 FE.....	43
ABIGALE.....	53	<i>amiloride hcl</i> .....	40	AUROVELA FE 1.5/30.....	43
ABIGALE LO.....	53	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....	40	AUROVELA FE 1/20.....	43
ABILIFY ASIMTUFII.....	73	AMINOSYN II.....	81	AUSTEDO.....	77
ABILIFY MANTENA.....	73	AMINOSYN-PF.....	81	AUSTEDO XR.....	77
<i>abiraterone acetate</i> .....	9	<i>amiodarone hcl</i> .....	36	AUSTEDO XR PATIENT	
ABIRTEGA.....	9	<i>amitriptyline hcl</i> .....	72	TITRATION.....	77
ABRYSVO.....	22	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> .....	39	AUVELITY.....	72
<i>acamprosate calcium</i> .....	79	<i>amlodipine besylate</i> .....	38	AVIANE.....	44
<i>acarbose</i> .....	50	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> .....	39	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK....	10
ACCUTANE.....	82	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	39	AYUNA.....	44
<i>acebutolol hcl</i> .....	37	<i>ammonium lactate</i> .....	85	AYVAKIT.....	10
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	25	AMNESTEEM.....	82	<i>azacitidine</i> .....	16
<i>acetazolamide</i> .....	40	<i>amoxapine</i> .....	72	<i>azathioprine</i> .....	21
<i>acetazolamide er</i> .....	40	<i>amoxicillin</i> .....	34	<i>azelastine hcl</i> .....	61, 63
<i>acetic acid</i> .....	59, 63	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	34	<i>azithromycin</i> .....	33
<i>acetylcysteine</i> .....	65	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> .....	76	<i>aztreonam</i> .....	29
<i>acitretin</i> .....	83	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> ..	76	AZURETTE.....	44
ACTHIB.....	22	<i>amphotericin b</i> .....	28	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	62
ACTIMMUNE.....	21	<i>amphotericin b liposome</i> .....	28	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> .....	61
<i>acyclovir</i> .....	31	<i>ampicillin</i> .....	34	<i>baclofen</i> .....	71
<i>acyclovir sodium</i> .....	31	<i>ampicillin sodium</i> .....	34	BAFIERTAM.....	70
ADACEL.....	22	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .....	34	<i>balsalazide disodium</i> .....	57
<i>adalimumab-bwwd</i> .....	18	<i>anagrelide hcl</i> .....	60	BALVERSA.....	10
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	31	<i>anastrozole</i> .....	9	BALZIVA.....	44
ADEMPAS.....	41	ANORO ELLIPTA.....	64	BARACLUDGE.....	31
ADMELOG.....	48	<i>aprepitant</i> .....	55	<i>bcg vaccine</i> .....	22
ADMELOG SOLOSTAR.....	48	APRI.....	43	<i>benazepril hcl</i> .....	41
ADVAIR HFA.....	64	APTIOM.....	66	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	39
AFIRMELLE.....	43	APTIVUS.....	26	<i>bendamustine hcl</i> .....	9
AIMOVIG.....	78	ARALAST NP.....	65	BENDEKA.....	9
AIRSUPRA.....	64	ARANELLE.....	43	BENLYSTA.....	21
AKEEGA.....	9	ARCALYST.....	21	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> .....	82
<i>ala-cort</i> .....	83	AREXVY.....	22	<i>benztropine mesylate</i> .....	70
<i>albendazole</i> .....	29	ARIKAYCE.....	29	BERINERT.....	60
<i>albuterol sulfate</i> .....	64	<i>aripiprazole</i> .....	73	<i>besifloxacin hcl</i> .....	62
<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	64	ARISTADA.....	74	BESIVANCE.....	62
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	83	ARISTADA INITIO.....	73	BESREMI.....	17
ALDURAZYME.....	51	<i>armodafinil</i> .....	78	<i>betaine</i> .....	51
ALECENSA.....	10	ARNUIITY ELLIPTA.....	66	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	83
<i>alendronate sodium</i> .....	55	<i>asenapine maleate</i> .....	74	<i>betamethasone dipropionate aug</i> ....	83
<i>alfuzosin hcl er</i> .....	59	ASHLYNA.....	43	<i>betamethasone valerate</i> .....	83, 84
<i>aliskiren fumarate</i> .....	40	<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	60	BETASERON.....	70
<i>allopurinol</i> .....	26	ASSURE ID INSULIN SAFETY		<i>betaxolol hcl</i> .....	37, 61
<i>alosetron hcl</i> .....	56	SYR.....	48	<i>bethanechol chloride</i> .....	59
<i>alprazolam</i> .....	71	ASTAGRAF XL.....	21	BEVESPI AEROSPHERE.....	64
ALTAVERA.....	43	<i>atazanavir sulfate</i> .....	26	<i>bexarotene</i> .....	17, 85
ALUNBRIG.....	10	<i>atenolol</i> .....	37	BEXSERO.....	22
ALVAIZ.....	60	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	39	<i>bicalutamide</i> .....	9
ALVESCO.....	66	<i>atomoxetine hcl</i> .....	76	BICILLIN L-A.....	34
<i>alyacen 1/35</i> .....	43	<i>atorvastatin calcium</i> .....	36	BIKTARVY.....	28
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	43	<i>atovaquone</i> .....	29	BILDYOS.....	55
ALYFTREK.....	65	<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	31	BIMZELX.....	18
ALYGLO.....	20	<i>atropine sulfate</i> .....	62	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	37
ALYQ.....	41	ATROVENT HFA.....	63	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	39
<i>amantadine hcl</i> .....	70	AUBRA EQ.....	43	BIVIGAM.....	20
<i>ambisentan</i> .....	41	AUGTYRO.....	10	BLISOVI 24 FE.....	44

Última actualización: 5/29/2026

BLISOVI FE 1.5/30.....	44	<i>caspofungin acetate</i> .....	28	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	81
BLISOVI FE 1/20.....	44	CAYSTON.....	29	<i>clinimix/dextrose (6/5)</i> .....	81
BLUJEPA.....	29	<i>cefaclor</i> .....	32	<i>clinimix/dextrose (8/10)</i> .....	81
BONSITY.....	55	<i>cefadroxil</i> .....	32	<i>clinimix/dextrose (8/14)</i> .....	81
BOOSTRIX.....	22	<i>cefazolin sodium</i> .....	32	CLINISOL SF.....	81
<i>bortezomib</i> .....	10	<i>cefazolin sodium-dextrose</i> .....	32	CLINOLIPID.....	81
<i>bosentan</i> .....	41	<i>cefdinir</i> .....	32	<i>clobazam</i> .....	67
BOSULIF.....	10, 11	<i>cefepime hcl</i> .....	32	<i>clobetasol propionate</i> .....	84
BRAFTOVI.....	11	<i>cefixime</i> .....	32	<i>clobetasol propionate e</i> .....	84
BREO ELLIPTA.....	64	<i>cefotetan disodium</i> .....	32	CLODAN.....	84
BREYNA.....	64	<i>cefoxitin sodium</i> .....	33	<i>clomipramine hcl</i> .....	72
BREZTRI AEROSPHERE.....	64	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	33	<i>clonazepam</i> .....	67
<i>brillyn</i> .....	44	<i>cefprozil</i> .....	33	<i>clonidine</i> .....	40
<i>brimonidine tartrate</i> .....	61	<i>ceftaroline fosamil</i> .....	33	<i>clonidine hcl</i> .....	40
<i>brinzolamide</i> .....	61	<i>ceftazidime</i> .....	33	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	60
<i>brivaracetam</i> .....	66	<i>ceftriaxone sodium</i> .....	33	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	67
BRIVIACT.....	67	<i>cefuroxime axetil</i> .....	33	<i>clotrimazole</i> .....	81, 83
<i>bromocriptine mesylate</i> .....	70	<i>cefuroxime sodium</i> .....	33	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	83
BRUKINSA.....	11	<i>celecoxib</i> .....	24	<i>clozapine</i> .....	74
<i>budesonide</i> .....	57, 66	<i>cephalexin</i> .....	33	COARTEM.....	31
<i>budesonide er</i> .....	57	CEQUR SIMPLICITY 2U.....	48	COBENFY.....	74
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> .....	65	CEQUR SIMPLICITY INSERTER....	48	COBENFY STARTER PACK.....	74
<i>bumetanide</i> .....	40	CERDELGA.....	51	<i>colchicine</i> .....	26
<i>buprenorphine</i> .....	25	CEREZYME.....	52	<i>colchicine-probenecid</i> .....	26
<i>buprenorphine hcl</i> .....	79	<i>cetirizine hcl</i> .....	63	<i>colesevelam hcl</i> .....	37
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> .....	79	<i>cevimeline hcl</i> .....	81	<i>colestipol hcl</i> .....	37
<i>bupropion hcl</i> .....	72	CHATEAL EQ.....	44	<i>colistimethate sodium (cba)</i> .....	29
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> .....	79	CHEMET.....	42	COMBIGAN.....	61
<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....	72	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	81	COMBIVENT RESPIMAT.....	64
<i>bupropion hcl er (xl)</i> .....	72	<i>chloroquine phosphate</i> .....	31	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	11
<i>buspirone hcl</i> .....	71	<i>chlorthalidone</i> .....	40	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	11
<i>butorphanol tartrate</i> .....	25	<i>cholestyramine</i> .....	37	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	11
<i>cabergoline</i> .....	51	<i>cholestyramine light</i> .....	37	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	49
CABOMETYX.....	11	<i>ciclopirox</i> .....	83	COMPRO.....	55
<i>calcipotriene</i> .....	83	<i>ciclopirox olamine</i> .....	83	<i>constulose</i> .....	58
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	55	<i>cilostazol</i> .....	60	COPAXONE.....	70
CALCITRENE.....	83	CILOXAN.....	62	COPIKTRA.....	11
<i>calcitriol</i> .....	43	CIMDUO.....	28	CORLANOR.....	40
CALQUENCE.....	11	<i>cinacalcet hcl</i> .....	52	COTELLIC.....	11
CAMILA.....	44	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	34, 62	CREON.....	56
CAMRESE.....	44	<i>ciprofloxacin in d5w</i> .....	34	CRESEMBA.....	28
CAMRESE LO.....	44	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	63	<i>cromolyn sodium</i> .....	56, 61, 65
<i>candesartan cilexetil</i> .....	36	<i>cisplatin</i> .....	9	CRYSSELLE.....	44
<i>candesartan cilexetil-hctz</i> .....	39	<i>citalopram hydrobromide</i> .....	72	<i>cvs gauze sterile</i> .....	49
CAPLYTA.....	74	CLARAVIS.....	82	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	71
CAPRELSA.....	11	<i>clarithromycin</i> .....	33	<i>cyclophosphamide</i> .....	9
<i>captopril</i> .....	41	<i>clarithromycin er</i> .....	33	<i>cycloserine</i> .....	27
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> .....	39	<i>clindamycin hcl</i> .....	29	<i>cyclosporine</i> .....	21
<i>carbamazepine</i> .....	67	<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	29	<i>cyclosporine modified</i> .....	21
<i>carbamazepine er</i> .....	67	<i>clindamycin phos (once-daily)</i> .....	82	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	63
<i>carbidopa-levodopa</i> .....	70	<i>clindamycin phos (twice-daily)</i> .....	82	CYRED EQ.....	44
<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	70	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> .....	82	CYSTADROPS.....	62
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> .....	70	<i>clindamycin phosphate</i> .....	29, 58, 82	CYSTARAN.....	62
<i>carboplatin</i> .....	9	<i>clindamycin phosphate in d5w</i> .....	29	<i>cytarabine</i> .....	16
<i>carglumic acid</i> .....	51	<i>clindamycin phosphate in nacl</i> .....	29	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	59
<i>carisoprodol</i> .....	71	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	81		
<i>carteolol hcl</i> .....	61	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	81		
CARTIA XT.....	38	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	81		
<i>carvedilol</i> .....	37				

<i>dalfampridine er</i> .....	70	<i>dilt-xr</i> .....	38	EMZAHH.....	44
<i>danazol</i> .....	43	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	63	<i>enalapril maleate</i> .....	41
<i>dantrolene sodium</i> .....	71	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	56	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....	39
DANZITEN.....	11	<i>dipyridamole</i> .....	60	ENBREL.....	18
<i>dapaglifloz base-metformin er</i> .....	50	<i>disopyramide phosphate</i> .....	36	ENBREL MINI.....	18
<i>dapagliflozin</i> .....	50	<i>disulfiram</i> .....	79	ENBREL SURECLICK.....	18
<i>dapsone</i> .....	29	<i>divalproex sodium</i> .....	67	ENDOCET.....	25
DAPTACEL.....	22	<i>divalproex sodium er</i> .....	67	ENGERIX-B.....	22
<i>daptomycin</i> .....	29	<i>docetaxel</i> .....	17	ENILLORING.....	44
<i>darunavir</i> .....	26	DOCIVYX.....	17	<i>enoxaparin sodium</i> .....	59
<i>dasatinib</i> .....	11	<i>dofetilide</i> .....	36	ENSACOVE.....	11
DASETTA 1/35 (28).....	44	DOLISHALE.....	44	ENSKYCE.....	44
DASETTA 7/7/7.....	44	<i>donepezil hcl</i> .....	71	ENSTILAR.....	83
DAURISMO.....	11	DOPTELET.....	60	<i>entacapone</i> .....	70
DAYSEE.....	44	DOPTELET SPRINKLE.....	60	<i>entecavir</i> .....	31
DAYVIGO.....	77	<i>dorzolamide hcl</i> .....	61	ENTRESTO.....	39
DEBLITANE.....	44	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .....	61	<i>enulose</i> .....	58
<i>deferasirox</i> .....	43	DOTTI.....	53	EPCLUSA.....	31
DELSTRIGO.....	28	DOVATO.....	28	EPIDIOLEX.....	67
DENGVAZIA.....	22	<i>doxazosin mesylate</i> .....	35	<i>epinephrine</i> .....	40, 65
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	44	<i>doxepin hcl</i> .....	72, 77	<i>eplerenone</i> .....	36
DEPO-TESTOSTERONE.....	43	<i>doxorubicin hcl</i> .....	17	<i>ergotamine-caffeine</i> .....	78
DESCOVY.....	28	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	17	ERIVEDGE.....	11
<i>desipramine hcl</i> .....	72	DOXY 100.....	35	ERLEADA.....	9
<i>desmopressin ace spray refrig</i> .....	52	<i>doxycycline hyclate</i> .....	35	<i>erlotinib hcl</i> .....	11
<i>desmopressin acetate</i> .....	52	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	35	ERRIN.....	44
<i>desmopressin acetate pf</i> .....	52	DRIZALMA SPRINKLE.....	72	<i>ertapenem sodium</i> .....	29
<i>desmopressin acetate spray</i> .....	52	<i>dronabinol</i> .....	55	<i>ery</i> .....	82
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	44	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> .....	44	ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	34
<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	72	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	44	<i>erythromycin</i> .....	34, 62, 82
<i>dexamethasone</i> .....	54	DROXIA.....	60	<i>erythromycin base</i> .....	34
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	54	<i>droxidopa</i> .....	40	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	34
<i>dexamethasone sod phos (pf)</i> .....	54	DULERA.....	65	<i>erythromycin lactobionate</i> .....	34
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> .....	54	<i>duloxetine hcl</i> .....	72	ERZOFRI.....	74
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	54, 62	DUPIXENT.....	18	<i>escitalopram oxalate</i> .....	72
<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	76	<i>dutasteride</i> .....	59	<i>eslicarbazepine acetate</i> .....	67
<i>dextrose</i> .....	81	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> .....	59	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	57
<i>dextrose in lactated ringers</i> .....	79	E.E.S. 400.....	33	ESTARYLLA.....	44
<i>dextrose-sodium chloride</i> .....	79	<i>econazole nitrate</i> .....	83	<i>estradiol</i> .....	53
DIACOMIT.....	67	EDURANT.....	26	<i>estradiol valerate</i> .....	53
<i>diazepam</i> .....	67, 78	EDURANT PED.....	26	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	53
DIAZEPAM INTENSOL.....	67	<i>efavirenz</i> .....	26	<i>eszopiclone</i> .....	77
<i>diazoxide</i> .....	42	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> .....	28	<i>ethambutol hcl</i> .....	27
<i>diclofenac potassium</i> .....	24	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> .....	28	<i>ethosuximide</i> .....	67
<i>diclofenac sodium</i> .....	24, 62, 85	ELIGARD.....	9	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	44
<i>diclofenac sodium er</i> .....	24	ELINEST.....	44	<i>etodolac</i> .....	24
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	35	ELIQUIS.....	59	<i>etodolac er</i> .....	24
<i>dicyclomine hcl</i> .....	56	ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	59	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	44
DIFICID.....	33	ELIQUIS (2 MG PACK).....	59	<i>etoposide</i> .....	17
<i>diflunisal</i> .....	24	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	59	<i>etravirine</i> .....	26
<i>difluprednate</i> .....	62	ELURYNG.....	44	EUCRISA.....	85
<i>digoxin</i> .....	40	EMGALITY.....	78	EULEXIN.....	9
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	78	EMGALITY (300 MG DOSE).....	78	<i>everolimus</i> .....	11, 21
DILANTIN.....	67	EMSAM.....	72	EVOTAZ.....	28
<i>diltiazem hcl</i> .....	38	<i>emtricitabine</i> .....	26	EXEL COMFORT POINT PEN.....	
<i>diltiazem hcl er</i> .....	38	<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....	28	NEEDLE.....	49
<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	38	<i>emtricitab- rilpivir-tenofov df</i> .....	28	<i>exemestane</i> .....	9
<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .....	38	EMTRIVA.....	26	EXXUA.....	72
		EMVERM.....	29	EXXUA TITRATION PACK.....	72

EYSUVIS.....	62	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	71	<i>granisetron hcl</i> .....	55, 56
<i>ezetimibe</i> .....	37	<i>fondaparinux sodium</i> .....	59	<i>griseofulvin microsize</i> .....	28, 29
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	37	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	26	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	29
FABRAZYME.....	52	<i>fosfomycin tromethamine</i> .....	29	<i>guanfacine hcl</i> .....	40
FALMINA.....	44	<i>fosinopril sodium</i> .....	41	<i>guanfacine hcl er</i> .....	76
<i>famciclovir</i> .....	31	<i>fosinopril sodium-hctz</i> .....	39	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	42
<i>famotidine</i> .....	55	FOTIVDA.....	11	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	42
<i>famotidine (pf)</i> .....	55	FRINDOVYX.....	9	GVOKE KIT.....	42
<i>famotidine premixed</i> .....	55	FRUZAQLA.....	11	GVOKE PFS.....	42
FANAPT.....	74	FULPHILA.....	60	HADLIMA.....	18
FANAPT TITRATION PACK A.....	74	<i>fulvestrant</i> .....	10	HADLIMA PUSHTOUCH.....	18
FANAPT TITRATION PACK B.....	74	<i>furosemide</i> .....	40	HAEGARDA.....	60
FANAPT TITRATION PACK C.....	74	FYAVOLV.....	53	HAILEY 1.5/30.....	45
FARXIGA.....	50	FYCOMPA.....	67, 68	HAILEY 24 FE.....	45
FASENRA.....	65	<i>gabapentin</i> .....	68, 78	HAILEY FE 1/20.....	45
FASENRA PEN.....	65	<i>galantamine hydrobromide</i> .....	71	<i>halobetasol propionate</i> .....	84
FEIRZA 1.5/30.....	44	<i>galantamine hydrobromide er</i> .....	71	<i>haloperidol</i> .....	75
FEIRZA 1/20.....	44	GALBRIELA.....	45	<i>haloperidol decanoate</i> .....	74
<i>felbamate</i> .....	67	GALLIFREY.....	54	<i>haloperidol lactate</i> .....	74, 75
<i>felodipine er</i> .....	38	GAMASTAN.....	20	HAVRIX.....	22
<i>fenofibrate</i> .....	36	GAMMAGARD.....	21	HEATHER.....	45
<i>fenofibrate micronized</i> .....	36	GAMMAGARD ERC.....	20	<i>heparin (porcine) in nacl</i> .....	59
<i>fentanyl</i> .....	25	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	21	<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	59
<i>fesoterodine fumarate er</i> .....	58	GAMMAKED.....	21	<i>heparin sodium (porcine) pf</i> .....	59
FETZIMA.....	72	GAMMAPLEX.....	21	HEPLISAV-B.....	22
FETZIMA TITRATION.....	72	GAMUNEX-C.....	21	HERCEPTIN.....	11
FIASP.....	49	<i>ganciclovir sodium</i> .....	31	HERCEPTIN HYLECTA.....	11
FIASP FLEXTOUCH.....	49	GARDASIL 9.....	22	HERCESSI.....	12
FIASP PENFILL.....	49	<i>gatifloxacin</i> .....	62	HERNEXEOS.....	12
FIASP PUMPCART.....	49	GATTEX.....	56	HERZUMA.....	12
<i>fidaxomicin</i> .....	34	GAVILYTE-C.....	58	HIBERIX.....	22
<i>finasteride</i> .....	59	GAVILYTE-G.....	58	HUMIRA (2 PEN).....	18
<i>finngolimod hcl</i> .....	70	GAVILYTE-N WITH FLAVOR		HUMIRA (2 SYRINGE).....	18, 19
FINTEPLA.....	67	PACK.....	58	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	19
FINZALA.....	45	GAVRETO.....	11	HUMIRA-PSORIASIS/UEVEIT	
FIRMAGON.....	9	<i>gefitinib</i> .....	11	STARTER.....	19
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	9	<i>gemcitabine hcl</i> .....	16	HUMULIN R U-500	
FLAC.....	63	<i>gemfibrozil</i> .....	36	(CONCENTRATED).....	49
FLEBOGAMMA DIF.....	20	GEMTESA.....	58	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	49
<i>flecainide acetate</i> .....	36	<i>generlac</i> .....	58	<i>hydralazine hcl</i> .....	40
<i>fluconazole</i> .....	28	GENGRAF.....	21	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	40
<i>fluconazole in sodium chloride</i> .....	28	GENOTROPIN.....	52	<i>hydrocodone bitartrate er</i> .....	25
<i>flucytosine</i> .....	28	GENOTROPIN MINIQUICK.....	52	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	25
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	54	<i>gentamicin in saline</i> .....	30	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	25
<i>flunisolide</i> .....	66	<i>gentamicin sulfate</i> .....	30, 62, 82	<i>hydrocortisone</i> .....	54, 57, 84
<i>fluocinolone acetonide</i> .....	63, 84	GENVOYA.....	28	<i>hydrocortisone (perianal)</i> .....	85
<i>fluocinolone acetonide body</i> .....	84	GILOTRIF.....	11	<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i> .....	54
<i>fluocinolone acetonide scalp</i> .....	84	<i>glatiramer acetate</i> .....	70	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	84
<i>fluocinonide</i> .....	84	GLATOPA.....	70, 71	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....	63
<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	84	GLEOSTINE.....	9	<i>hydromorphone hcl</i> .....	25
<i>fluorometholone</i> .....	62	<i>glimepiride</i> .....	50	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	20
<i>fluorouracil</i> .....	16, 85	<i>glipizide</i> .....	50	<i>hydroxyurea</i> .....	17
<i>fluoxetine hcl</i> .....	72	<i>glipizide er</i> .....	50	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	63
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	74	<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	50	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	63
<i>fluphenazine hcl</i> .....	74	<i>global alcohol prep ease</i> .....	49	HYRNUO.....	12
<i>flurbiprofen</i> .....	24	<i>glycopyrrolate</i> .....	56	<i>ibandronate sodium</i> .....	55
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	62	GLYDO.....	82	IBRANCE.....	12
<i>fluticasone propionate</i> .....	66, 84	GLYXAMBI.....	50	IBTROZI.....	12
<i>fluticasone-salmeterol</i> .....	65	GOMEKLI.....	11	IBU.....	24

<i>ibuprofen</i> .....	24	JARDIANCE.....	50	<i>lactulose</i> .....	58
<i>icatibant acetate</i> .....	60	JASMIEL.....	45	<i>lactulose encephalopathy</i> .....	58
ICLEVIA.....	45	JAVYGTOR.....	52	<i>lamivudine</i> .....	26, 31
ICLUSIG.....	12	JAYPIRCA.....	12	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	28
IDHIFA.....	12	JENCYCLA.....	45	<i>lamotrigine</i> .....	68
<i>imatinib mesylate</i> .....	12	JENTADUETO.....	50	<i>lamotrigine er</i> .....	68
IMBRUVICA.....	12	JENTADUETO XR.....	50	<i>lanreotide acetate</i> .....	52
<i>imipenem-cilastatin</i> .....	30	JINTELI.....	53	<i>lansoprazole</i> .....	57
<i>imipramine hcl</i> .....	73	JOLESSA.....	45	LANTUS.....	49
<i>imiquimod</i> .....	85	JULEBER.....	45	LANTUS SOLOSTAR.....	49
<i>imkeldi</i> .....	12	JULUCA.....	28	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	13
IMOVAX RABIES.....	23	JUNEL 1.5/30.....	45	LARIN 1.5/30.....	45
IMPAVIDO.....	30	JUNEL 1/20.....	45	LARIN 1/20.....	45
INBRIJA.....	70	JUNEL FE 1.5/30.....	45	LARIN 24 FE.....	45
INCASSIA.....	45	JUNEL FE 1/20.....	45	LARIN FE 1.5/30.....	45
INCRELEX.....	52	JUNEL FE 24.....	45	LARIN FE 1/20.....	45
INCRUSE ELLIPTA.....	63	JYLAMVO.....	20	<i>latanoprost</i> .....	61
<i>indapamide</i> .....	40	JYNNEOS.....	23	LAZCLUZE.....	13
INFANRIX.....	23	KADCYLA.....	12	<i>leflunomide</i> .....	20
<i>infliximab</i> .....	19	KAITLIB FE.....	45	<i>lenalidomide</i> .....	18
INLURIYO.....	10	KALETRA.....	28	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	13
INLYTA.....	12	KALYDECO.....	65	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	13
INQOVI.....	16	KANJINTI.....	12	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	13
INREBIC.....	12	KARIVA.....	45	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	13
INTELENCE.....	26	<i>kcl (0.149%) in nacl</i> .....	80	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	13
INTRALIPID.....	81	<i>kcl (0.298%) in nacl</i> .....	80	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	13
INTROVALE.....	45	<i>kcl in dextrose-nacl</i> .....	80	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)....	13
INVEGA HAFYERA.....	75	KELNOR 1/35.....	45	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)....	13
INVEGA SUSTENNA.....	75	KERENDIA.....	36	LESSINA.....	45
INVEGA TRINZA.....	75	KESIMPTA.....	71	<i>letrozole</i> .....	10
IPOL.....	23	<i>ketconazole</i> .....	29, 83	<i>leucovorin calcium</i> .....	17
<i>ipratropium bromide</i> .....	63	<i>ketorolac tromethamine</i> .....	62	LEUKERAN.....	9
<i>ipratropium bromide hfa</i> .....	63	KEYTRUDA.....	12	<i>leuprolide acetate</i> .....	10
<i>ipratropium-albuterol</i> .....	64	KEYTRUDA QLEX.....	12	<i>levabuterol hcl</i> .....	64
<i>irbesartan</i> .....	36	KINERET.....	19	<i>levabuterol tartrate</i> .....	64
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	39	KINRIX.....	23	<i>levetiracetam</i> .....	68, 78
<i>irinotecan hcl</i> .....	17	KIONEX.....	43	<i>levetiracetam er</i> .....	68
ISENTRESS.....	26	KISQALI (200 MG DOSE).....	12	<i>levetiracetam in nacl</i> .....	78
ISENTRESS HD.....	26	KISQALI (400 MG DOSE).....	12	<i>levobunolol hcl</i> .....	61
ISIBLOOM.....	45	KISQALI (600 MG DOSE).....	12	<i>levocarnitine</i> .....	52
ISOLYTE-P IN D5W.....	79	KISQALI FEMARA (400 MG		<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	63
ISOLYTE-S PH 7.4.....	79	DOSE).....	13	<i>levofloxacin</i> .....	34
<i>isoniazid</i> .....	27	KISQALI FEMARA (600 MG		<i>levofloxacin in d5w</i> .....	34
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	41	DOSE).....	13	LEVONEST.....	45
<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	42	KLAYESTA.....	83	<i>levonorgest-eth est &amp; eth est</i> .....	45
<i>isotretinoin</i> .....	82	KLOR-CON.....	80	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> .....	45
<i>isradipine</i> .....	38	KLOR-CON 10.....	80	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	45
ITOVEBI.....	12	KLOR-CON M10.....	80	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	45
<i>itraconazole</i> .....	29	KLOR-CON M15.....	80	LEVORA 0.15/30 (28).....	46
<i>ivabradine hcl</i> .....	40	KLOR-CON M20.....	80	LEVO-T.....	42
<i>ivermectin</i> .....	30	KLOXXADO.....	79	<i>levothyroxine sodium</i> .....	42
IWILFIN.....	17	KOMZIFTI.....	13	LEVOXYL.....	42
IXIARO.....	23	KOSELUGO.....	13	<i>l-glutamine</i> .....	60
JAIMIESS.....	45	KOURZEQ.....	81	<i>lidocaine</i> .....	82
JAKAFI.....	12	KRAZATI.....	13	<i>lidocaine hcl</i> .....	26, 82
JANTOVEN.....	59	KURVELO.....	45	<i>lidocaine hcl (pf)</i> .....	26
JANUMET.....	50	<i>labetalol hcl</i> .....	37	<i>lidocaine viscous hcl</i> .....	81
JANUMET XR.....	50	<i>lacosamide</i> .....	68, 78	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	82
JANUVIA.....	50	<i>lactated ringers</i> .....	80	LIDOCAN.....	82

LILETTA (52 MG).....	46	marlissa.....	46	mirtazapine.....	73
linezolid.....	30	MARPLAN.....	73	misoprostol.....	56
linezolid in sodium chloride.....	30	MATULANE.....	17	M-M-R II.....	23
LINZESS.....	56	MAVYRET.....	31	m-natal plus.....	80
LIOMNY.....	42	meclizine hcl.....	56	modafinil.....	78
liothyronine sodium.....	42	medroxyprogesterone acetate... 46, 54		MODEYSO.....	17
lisinopril.....	41	mefloquine hcl.....	31	moexipril hcl.....	41
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	40	megestrol acetate.....	10, 54	molindone hcl.....	75
lithium.....	77	MEKINIST.....	13	mometasone furoate.....	84
lithium carbonate.....	77	MEKTOVI.....	14	MONJUVI.....	14
lithium carbonate er.....	77	MELEYA.....	46	MONO-LINYAH.....	46
LIVTENCITY.....	31	meloxicam.....	24	montelukast sodium.....	66
LOESTRIN 1.5/30 (21).....	46	memantine hcl.....	71	morphine sulfate.....	25
LOESTRIN 1/20 (21).....	46	memantine hcl er.....	71	morphine sulfate (concentrate).....	25
LOESTRIN FE 1.5/30.....	46	memantine hcl-donepezil hcl er.....	71	morphine sulfate er.....	25
LOESTRIN FE 1/20.....	46	MENQUADFI.....	23	MOUNJARO.....	51
LOJAIMIESS.....	46	MENVEO.....	23	MOVANTIK.....	56
LOKELMA.....	43	mercaptopurine.....	16	moxifloxacin hcl.....	34, 62
lomustine.....	9	meropenem.....	30	moxifloxacin hcl in nacl.....	34
LONSURF.....	16	mesalamine.....	57	MRESVIA.....	23
loperamide hcl.....	56	mesalamine er.....	57	MULTAQ.....	36
lopinavir-ritonavir.....	28	mesalamine-cleanser.....	57	multiple electro type 1 ph 7.4.....	80
lorazepam.....	71	mesna.....	17	mupirocin.....	82
LORAZEPAM INTENSOL.....	71	metformin hcl.....	51	mycophenolate mofetil.....	21, 22
LORBRENA.....	13	metformin hcl er.....	51	mycophenolate sodium.....	22
LORYNA.....	46	methadone hcl.....	25	MYRBETRIQ.....	58
losartan potassium.....	36	METHADONE HCL INTENSOL.....	25	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	58
losartan potassium-hctz.....	39	methazolamide.....	40	nabumetone.....	24
LOTEMAX.....	62	methenamine hippurate.....	30	nadolol.....	37
loteprednol-tobramycin.....	61	methimazole.....	42	nafacillin sodium.....	35
lovastatin.....	36	methocarbamol.....	71	NAGLAZYME.....	52
LOW-OGESTREL.....	46	methotrexate sodium.....	17, 20	naloxone hcl.....	79
loxapine succinate.....	75	methotrexate sodium (pf).....	17	naltrexone hcl.....	79
lubiprostone.....	56	methsuximide.....	68	NAMZARIC.....	71
LUIZZA 1.5/30.....	46	methylphenidate hcl.....	77	naproxen.....	25
LUIZZA 1/20.....	46	methylphenidate hcl er.....	76	naproxen sodium.....	25
LUMAKRAS.....	13	methylprednisolone.....	54	naratriptan hcl.....	78
LUMIGAN.....	61	methylprednisolone acetate.....	54	NATACYN.....	62
LUMIZYME.....	52	methylprednisolone sodium succ.....	54	nateglinide.....	51
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	10	metoclopramide hcl.....	56	NAYZILAM.....	68
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	10	metolazone.....	40	nebivolol hcl.....	37, 38
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	52	metoprolol succinate er.....	37	NECON 0.5/35 (28).....	46
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	52	metoprolol tartrate.....	37	nefazodone hcl.....	73
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	52	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	39	neomycin sulfate.....	30
lurasidone hcl.....	75	metronidazole.....	30, 58, 85	neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	62
LUTERA.....	46	metyrosine.....	40	neomycin-polymyxin-dexameth.....	61
LYBALVI.....	75	MIBELAS 24 FE.....	46	neomycin-polymyxin-gramicidin.....	62
LYLEQ.....	46	micalfungin sodium.....	29	neomycin-polymyxin-hc.....	61, 63
LYLLANA.....	53	MICROGESTIN 1.5/30.....	46	NERLYNX.....	14
LYNPARZA.....	13	MICROGESTIN 1/20.....	46	NEUAC.....	82
LYSODREN.....	10	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	46	nevirapine.....	27
LYTGObI (12 MG DAILY DOSE).....	13	MICROGESTIN FE 1/20.....	46	nevirapine er.....	27
LYTGObI (16 MG DAILY DOSE).....	13	midodrine hcl.....	40	NEXLETOL.....	37
LYTGObI (20 MG DAILY DOSE).....	13	MIEBO.....	62	NEXLIZET.....	37
LYZA.....	46	mifepristone.....	52	NEXPLANON.....	46
magnesium sulfate.....	80	MILI.....	46	niacin er (antihyperlipidemic).....	37
magnesium sulfate in d5w.....	80	MIMVEY.....	53	nicardipine hcl.....	38
malathion.....	84	minocycline hcl.....	35	NICOTROL NS.....	79
maraviroc.....	27	minoxidil.....	41	nifedipine er.....	38

<i>nifedipine er osmotic release</i> .....	38	ODOMZO.....	14	<i>pazopanib hcl</i> .....	14
NIKKI.....	46	OFEV.....	65	PEDIARIX.....	23
<i>nilotinib hcl</i> .....	14	<i>ofloxacin</i> .....	62, 63	PEDVAX HIB.....	23
<i>nilutamide</i> .....	10	OGIVRI.....	14	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .....	58
<i>nimodipine</i> .....	38	OGSIVEO.....	14	<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	58
NINLARO.....	14	OJEMDA.....	14	PEGASYS.....	32
<i>nintedanib esylate</i> .....	65	OJJAARA.....	14	PEMAZYRE.....	14
<i>nitazoxanide</i> .....	30	<i>olanzapine</i> .....	75	<i>pemetrexed disodium</i> .....	17
<i>nitisinone</i> .....	52	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	36	PENBRAYA.....	23
NITRO-BID.....	42	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> .....	39	<i>penicillamine</i> .....	43
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	30	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> .....	39	<i>penicillin g potassium</i> .....	35
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	30	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	37	<i>penicillin g sodium</i> .....	35
<i>nitroglycerin</i> .....	42, 85	<i>omeprazole</i> .....	57	<i>penicillin v potassium</i> .....	35
<i>nizatidine</i> .....	55	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO		<i>penmenvy</i> .....	23
NORA-BE.....	46	GEN 5.....	49	PENTACEL.....	23
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> .....	46	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS		<i>pentamidine isethionate</i> .....	30
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .....	46	GEN 5.....	49	<i>pentoxifylline er</i> .....	60
<i>norethindrone</i> .....	47	OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO		<i>perampanel</i> .....	68
<i>norethindrone acetate</i> .....	54	GEN5.....	49	<i>perindopril erbumine</i> .....	41
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> .....	47	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6		PERIOGARD.....	81
<i>norethindrone-eth estradiol</i> .....	53	PODS.....	50	<i>permethrin</i> .....	84
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> .....	47	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..	50	<i>perphenazine</i> .....	75
<i>norgestimate-eth estradiol</i> .....	47	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)..	50	PFIZERPEN.....	35
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> .....	47	<i>ondansetron</i> .....	56	<i>phenelzine sulfate</i> .....	73
NORLYROC.....	47	<i>ondansetron hcl</i> .....	56	<i>phenobarbital</i> .....	68
NORTREL 0.5/35 (28).....	47	ONTRUZANT.....	14	<i>phenobarbital sodium</i> .....	78
NORTREL 1/35 (21).....	47	ONUREG.....	17	PHENYTEK.....	68
NORTREL 1/35 (28).....	47	OPIPZA.....	75	<i>phenytoin</i> .....	68
NORTREL 7/7/7.....	47	OPSUMIT.....	41	<i>phenytoin sodium</i> .....	78
<i>nortriptyline hcl</i> .....	73	ORGOVYX.....	10	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	68, 78
NORVIR.....	27	ORKAMBI.....	65	PHESGO.....	14
NOVOLIN 70/30.....	49	ORQUIDEA.....	47	PHILITH.....	47
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	49	ORSERDU.....	10	PIFELTRO.....	27
NOVOLIN N.....	49	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	31	<i>pilocarpine hcl</i> .....	61, 82
NOVOLIN N FLEXPEN.....	49	OSPOMYV.....	55	<i>pimecrolimus</i> .....	85
NOVOLIN R.....	49	<i>oxacillin sodium</i> .....	35	<i>pimozide</i> .....	75
NOVOLIN R FLEXPEN.....	49	<i>oxaliplatin</i> .....	9	PIMTREA.....	47
NOVOLOG.....	49	<i>oxcarbazepine</i> .....	68	<i>pindolol</i> .....	38
NOVOLOG FLEXPEN.....	49	<i>oxybutynin chloride</i> .....	58	<i>pioglitazone hcl</i> .....	51
NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	49	<i>oxybutynin chloride er</i> .....	58	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> .....	51
NOVOLOG MIX 70/30.....	49	<i>oxycodone hcl</i> .....	26	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> .....	35
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	49	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	26	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	14
NOVOLOG PENFILL.....	49	OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	14
NOVOLOG RELION.....	49	MG/DOSE).....	51	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	14
NUBEQA.....	10	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	51	<i>pirfenidone</i> .....	65
NUDEXTA.....	77	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	51	<i>piroxicam</i> .....	25
NULOJIX.....	22	PACERONE.....	36	PLENAMINE.....	81
NUPLAZID.....	75	<i>paclitaxel</i> .....	17	PLENVU.....	58
NURTEC.....	78	<i>paclitaxel protein-bound part</i> .....	17	<i>podofilox</i> .....	85
NUTRILIPID.....	81	<i>paliperidone er</i> .....	75	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	30
NUZYRA.....	35	<i>pamidronate disodium</i> .....	55	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	62
NYAMYC.....	83	PANRETIN.....	85	<i>pomalidomide</i> .....	18
NYLIA 1/35.....	47	<i>pantoprazole sodium</i> .....	57	POMALYST.....	18
NYLIA 7/7/7.....	47	PANZYGA.....	21	PORTIA-28.....	47
<i>nystatin</i> .....	29, 81, 83	<i>paricalcitol</i> .....	43	<i>posaconazole</i> .....	29
NYSTOP.....	83	<i>paroxetine hcl</i> .....	73	<i>potassium chloride</i> .....	80, 81
OCTAGAM.....	21	PAXLOVID (150/100).....	31	<i>potassium chloride crys er</i> .....	80
<i>octreotide acetate</i> .....	52	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	32	<i>potassium chloride er</i> .....	80, 81
ODEFSEY.....	28	PAXLOVID (300/100).....	32	<i>potassium chloride in nacl</i> .....	80

<i>potassium citrate er</i> .....	59	<i>quinine sulfate</i> .....	31	<i>rufinamide</i> .....	69
<i>potassium cl in dextrose 5%</i> .....	80	QULIPTA.....	78	RUKOBIA.....	27
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	70	RABAVERT.....	23	RYBELSUS.....	51
<i>prasugrel hcl</i> .....	60	<i>rabeprazole sodium</i> .....	57	RYDAPT.....	14
<i>pravastatin sodium</i> .....	36	RALDESY.....	73	<i>sacubitril-valsartan</i> .....	39
<i>praziquantel</i> .....	30	<i>raloxifene hcl</i> .....	52	SAJAZIR.....	60
<i>prazosin hcl</i> .....	35	<i>ramelteon</i> .....	77	SANTYL.....	82
<i>prednisolone</i> .....	54	<i>ramipril</i> .....	41	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	53
<i>prednisolone acetate</i> .....	62	<i>ranolazine er</i> .....	41	SCEMBLIX.....	14, 15
<i>prednisolone sodium phosphate</i> 54,	62	<i>rasagiline mesylate</i> .....	70	<i>scopolamine</i> .....	56
<i>prednisone</i> .....	54	RECLIPSEN.....	47	SECUADO.....	76
PREDNISONA INTENSOL.....	54	RECOMBIVAX HB.....	23	<i>selegiline hcl</i> .....	70
<i>preferred plus insulin syringe</i> .....	50	RELENZA DISKHALER.....	32	<i>selenium sulfide</i> .....	83
<i>pregabalin</i> .....	68	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	50	SELZENTRY.....	27
PREMASOL.....	81	RELISTOR.....	56, 57	SEREVENT DISKUS.....	64
<i>prenatal</i> .....	81	REMICADE.....	19	<i>sertraline hcl</i> .....	73
PREVALITE.....	37	RENFLEXIS.....	19	SETLAKIN.....	47
PREVYMIS.....	32	<i>repaglinide</i> .....	51	SHAROBEL.....	47
PREZCOBIX.....	28	REPATHA.....	37	SHINGRIX.....	23
PREZISTA.....	27	REPATHA SURECLICK.....	37	SIGNIFOR.....	53
PRIFTIN.....	27	RESTASIS.....	63	SIKLOS.....	60
<i>primaquine phosphate</i> .....	31	RESTASIS MULTIDOSE.....	63	<i>sildenafil citrate</i> .....	41
<i>primidone</i> .....	69	RETEVMO.....	14	<i>silver sulfadiazine</i> .....	82
PRIORIX.....	23	REVCovi.....	52	SIMBRINZA.....	61
PRIVIGEN.....	21	REVUFORJ.....	14	SIMLIYA.....	47
<i>probenecid</i> .....	26	REXULTI.....	75, 76	SIMPESSE.....	47
<i>prochlorperazine</i> .....	56	REYATAZ.....	27	<i>simvastatin</i> .....	37
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	56	REZDIFFRA.....	52	<i>sirolimus</i> .....	22
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	56	REZLIDHIA.....	14	SIRTURO.....	27
PROCRIT.....	60	REZUROCK.....	22	SKYRIZI.....	19
PROCTOCORT.....	85	RHOPRESSA.....	61	SKYRIZI PEN.....	19
PROCTO-MED HC.....	85	<i>ribavirin</i> .....	32	<i>sodium chloride</i> .....	80, 82
PROCTOSOL HC.....	85	<i>rifabutin</i> .....	27	<i>sodium fluoride</i> .....	81
PROCTOZONE-HC.....	85	<i>rifampin</i> .....	27	<i>sodium oxybate</i> .....	78
<i>progesterone</i> .....	55	<i>rilpivirine hcl</i> .....	27	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	53
PROGRAF.....	22	<i>riluzole</i> .....	77	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	43
PROLASTIN-C.....	65	<i>rimantadine hcl</i> .....	32	<i>solifenacin succinate</i> .....	58
PROLIA.....	55	RINVOQ.....	19	SOLQUA.....	50
<i>promethazine hcl</i> .....	56	RINVOQ LQ.....	19	SOLTAMOX.....	10
<i>propafenone hcl</i> .....	36	<i>risedronate sodium</i> .....	55	SOLU-CORTEF.....	54
<i>propafenone hcl er</i> .....	36	<i>risperidone</i> .....	76	SOMATULINE DEPOT.....	53
<i>proparacaine hcl</i> .....	63	<i>risperidone microspheres er</i> .....	76	SOMAVERT.....	53
<i>propranolol hcl</i> .....	38	<i>ritonavir</i> .....	27	<i>sorafenib tosylate</i> .....	15
<i>propranolol hcl er</i> .....	38	<i>rivaroxaban</i> .....	59	<i>sotalol hcl</i> .....	36
<i>propylthiouracil</i> .....	42	<i>rivastigmine</i> .....	72	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	36
PROQUAD.....	23	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	71	SOTYKTU.....	19
PROSOL.....	81	RIVELSA.....	47	SPIRIVA RESPIMAT.....	63
<i>protriptyline hcl</i> .....	73	<i>rizatriptan benzoate</i> .....	78	<i>spironolactone</i> .....	36
PULMOZYME.....	65	ROCKLATAN.....	61	<i>spironolactone-hctz</i> .....	40
<i>pyrazinamide</i> .....	27	<i>roflumilast</i> .....	65	SPRINTEC 28.....	47
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	77	ROMVIMZA.....	14	SPRITAM.....	69, 79
<i>pyrimethamine</i> .....	30	<i>ropinirole hcl</i> .....	70	SPS (SODIUM POLYSTYRENE	
PYZCHIVA.....	19	<i>rosuvastatin calcium</i> .....	37	SULF).....	43
QINLOCK.....	14	ROSYRAH.....	47	SRONYX.....	47
QUADRACEL.....	23	ROTARIX.....	23	SSD.....	83
<i>quetiapine fumarate</i> .....	75	ROTATEQ.....	23	STELARA.....	19
<i>quetiapine fumarate er</i> .....	75	ROWEEPRA.....	69	<i>sterile water for irrigation</i> .....	82
<i>quinapril hcl</i> .....	41	ROZLYTREK.....	14	STIVARGA.....	15
<i>quinidine sulfate</i> .....	36	RUBRACA.....	14	<i>streptomycin sulfate</i> .....	30

STRIBILD.....	28	<i>theophylline er</i> .....	65, 66	TRI-LO-ESTARYLLA.....	47
SUBVENITE.....	69	<i>thioridazine hcl</i> .....	76	TRI-LO-MARZIA.....	48
<i>sucralfate</i> .....	57	<i>thiothixene</i> .....	76	TRI-LO-MILI.....	48
<i>sulfacetamide sodium</i> .....	62	TIADYL ER.....	38	TRI-LO-SPRINTEC.....	48
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	82	<i>tiagabine hcl</i> .....	69	<i>trimethoprim</i> .....	31
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	61	TIBSOVO.....	15	TRI-MILI.....	48
<i>sulfadiazine</i> .....	30	<i>ticagrelor</i> .....	61	<i>trimipramine maleate</i> .....	73
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	30	TICOVAC.....	24	TRINTELLIX.....	73
SULFAMYLON.....	83	<i>tigecycline</i> .....	35	TRI-SPRINTEC.....	48
<i>sulfasalazine</i> .....	57	TILIA FE.....	47	TRIUMEQ.....	28
<i>sulindac</i> .....	25	<i>timolol maleate</i> .....	38, 61	<i>triumeq pd</i> .....	28
<i>sumatriptan</i> .....	78	<i>tinidazole</i> .....	30	TRI-VYLIBRA.....	48
<i>sumatriptan succinate</i> .....	78	TIVICAY.....	27	TRI-VYLIBRA LO.....	48
<i>sunitinib malate</i> .....	15	TIVICAY PD.....	27	TROGARZO.....	27
SUNLENCA.....	27	<i>tizanidine hcl</i> .....	71	TROPHAMINE.....	81
SYEDA.....	47	TOBI PODHALER.....	30	<i>tropium chloride</i> .....	58
SYMDEKO.....	65	TOBRADEX.....	61	TRULICITY.....	51
SYMPAZAN.....	69	<i>tobramycin</i> .....	31, 62	TRUMENBA.....	24
SYMTUZA.....	28	<i>tobramycin sulfate</i> .....	31	TRUQAP.....	15
SYNAREL.....	53	<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	61	TRUXIMA.....	15
SYNTHROID.....	42	<i>tolterodine tartrate</i> .....	58	TUKYSA.....	15
TABLOID.....	17	<i>tolterodine tartrate er</i> .....	58	TURALIO.....	15
TABRECTA.....	15	<i>tolvaptan</i> .....	53	TURQOZ.....	48
<i>tacrolimus</i> .....	22, 85	<i>topiramate</i> .....	69	TWINRIX.....	24
<i>tadalafil</i> .....	59	<i>toremifene citrate</i> .....	10	TYBOST.....	27
<i>tadalafil (pah)</i> .....	41	TORPENZ.....	15	TYDEMY.....	48
TAFINLAR.....	15	<i>torseamide</i> .....	40	TYENNE.....	20
TAGRISSO.....	15	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	50	TYPHIM VI.....	24
TALZENNA.....	15	TOUJEO SOLOSTAR.....	50	UBRELVY.....	78
<i>tamoxifen citrate</i> .....	10	TPN ELECTROLYTES.....	80	UNITHROID.....	42
<i>tamsulosin hcl</i> .....	59	TRADJENTA.....	51	UPTRAVI.....	41
TARINA 24 FE.....	47	<i>tramadol hcl</i> .....	26	UPTRAVI TITRATION.....	41
TARINA FE 1/20 EQ.....	47	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	26	<i>ursodiol</i> .....	57
<i>tasimelteon</i> .....	77	<i>trandolapril</i> .....	41	<i>ustekinumab</i> .....	20
TAVNEOS.....	60	<i>tranexamic acid</i> .....	60	<i>valgacyclovir hcl</i> .....	32
<i>tazarotene</i> .....	83	<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	73	VALCHLOR.....	85
TAZICEF.....	33	TRAVASOL.....	81	<i>valganciclovir hcl</i> .....	32
TECENTRIQ.....	15	TRAZIMERA.....	15	<i>valproate sodium</i> .....	79
TECENTRIQ HYBREZA.....	15	<i>trazodone hcl</i> .....	73	<i>valproic acid</i> .....	69
TEFLARO.....	33	TRELEGY ELLIPTA.....	64	<i>valsartan</i> .....	36
<i>telmisartan</i> .....	36	TREMFYA.....	19, 20	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> .....	39
<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	39	TREMFYA ONE-PRESS.....	19	VALTOCO 10 MG DOSE.....	69
<i>telmisartan-hctz</i> .....	39	TREMFYA PEN.....	19, 20	VALTOCO 15 MG DOSE.....	69
<i>temazepam</i> .....	77	TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	20	VALTOCO 20 MG DOSE.....	69
TENIVAC.....	23	<i>treprostinil</i> .....	41	VALTOCO 5 MG DOSE.....	69
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	27	<i>tretinoin</i> .....	17, 82	VALTYA 1/35.....	48
TEPMETKO.....	15	<i>triamcinolone acetonide</i> .....	82, 84	VALTYA 1/50.....	48
<i>terazosin hcl</i> .....	35	<i>triamterene-hctz</i> .....	40	<i>vancomycin hcl</i> .....	31
<i>terbinafine hcl</i> .....	29	TRIDACAINE II.....	82	<i>vancomycin hcl in nacl</i> .....	31
<i>terbutaline sulfate</i> .....	64	TRIDERM.....	84	VANFLYTA.....	15
<i>terconazole</i> .....	58	<i>trientine hcl</i> .....	43	VAQTA.....	24
<i>teriparatide</i> .....	55	TRI-ESTARYLLA.....	47	<i>varenicline tartrate</i> .....	79
<i>testosterone</i> .....	43	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	76	<i>varenicline tartrate (starter)</i> .....	79
<i>testosterone cypionate</i> .....	43	<i>trifluridine</i> .....	62	VARIVAX.....	24
<i>testosterone enanthate</i> .....	43	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	70	VASCEPA.....	37
<i>tetrabenazine</i> .....	77	TRIJARDY XR.....	51	VAXCHORA.....	24
<i>tetracycline hcl</i> .....	35	TRIKAFTA.....	66	VELIVET.....	48
THALOMID.....	18	TRI-LEGEST FE.....	47	VELSIPITY.....	20
<i>theophylline</i> .....	66	TRI-LINYAH.....	47	VENCLEXTA.....	15

VENCLEXTA STARTING PACK.....	15	XIFAXAN.....	57
<i>venlafaxine hcl</i> .....	73	XIGDUO XR.....	51
<i>venlafaxine hcl er</i> .....	73	XIIDRA.....	63
VENTOLIN HFA.....	64	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	32
<i>verapamil hcl</i> .....	38	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	32
<i>verapamil hcl er</i> .....	38	XOLAIR.....	66
VERQUVO.....	41	XOSPATA.....	16
VERSACLOZ.....	76	XPOVIO (100 MG ONCE	
VERZENIO.....	15	WEEKLY).....	16
VESTURA.....	48	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..	16
VIENVA.....	48	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	16
<i>vigabatrin</i> .....	69	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..	16
VIGADRONE.....	69	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	16
VIGAFYDE.....	69	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..	16
<i>vilazodone hcl</i> .....	73	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	16
VIMKUNYA.....	24	XTANDI.....	10
<i>vincristine sulfata</i> .....	17	XTRENBO.....	55
<i>vinorelbine tartrate</i> .....	18	XULANE.....	48
<i>viorele</i> .....	48	XULTOPHY.....	50
VIRACEPT.....	27	YESINTEK.....	20
VIREAD.....	27	YF-VAX.....	24
VITRAKVI.....	15	YONSA.....	10
<i>vivimusta</i> .....	9	YUTREPIA.....	41
VIVITROL.....	79	YUVAFEM.....	53
VIVOTIF.....	24	ZAFEMY.....	48
VIZIMPRO.....	15	<i>zafirlukast</i> .....	66
VONJO.....	15	<i>zaleplon</i> .....	77
VOQUEZNA DUAL PAK.....	57	ZARXIO.....	60
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	57	ZEGALOGUE.....	42
VORANIGO.....	15	ZEJULA.....	16
<i>voriconazole</i> .....	29	ZELBORAF.....	16
VOSEVI.....	32	ZELVYSIA.....	53
VOWST.....	57	ZEMAIRA.....	66
VRAYLAR.....	76	ZENATANE.....	82
VYFEMLA.....	48	ZENPEP.....	57
VYLIBRA.....	48	ZERVIAE.....	61
VYZULTA.....	61	<i>zidovudine</i> .....	27
<i>warfarin sodium</i> .....	60	<i>ziprasidone hcl</i> .....	76
WELIREG.....	17	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	76
WERA.....	48	ZIRABEV.....	16
<i>westab plus</i> .....	81	ZIRGAN.....	62
WINREVAIR.....	41	<i>zoledronic acid</i> .....	55
WIXELA INHUB.....	65	ZOLINZA.....	16
WYMZYA FE.....	48	<i>zolpidem tartrate</i> .....	77
WYOST.....	55	ZONISADE.....	69
XALKORI.....	16	<i>zonisamide</i> .....	69
XARAH FE.....	48	ZOVIA 1/35 (28).....	48
XARELTO.....	60	ZTALMY.....	69
XARELTO STARTER PACK.....	60	ZUMANDIMINE.....	48
XATMEP.....	20	ZURZUVAE.....	73
XCOPRI.....	69	ZYDELIG.....	16
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)....	69	ZYKADIA.....	16
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)....	69	ZYLET.....	61
XDEMVI.....	62	ZYPREXA RELPREVV.....	76
XELJANZ.....	20		
XELJANZ XR.....	20		
XELRIA FE.....	48		
XERMELO.....	57		
XHANCE.....	66		

**Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP)**  
**Formulario 2026**  
**(Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)**

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN  
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN ESTE PLAN**

**ID del formulario aprobada: 00026453**

Este formulario se actualizó el **5/29/2026**. Si desea información más reciente o tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de Neighborhood Dual CONNECT al 1-844-812-6896 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales) o visitar [www.nhpri.org/DualCONNECT](http://www.nhpri.org/DualCONNECT).



## Notice of Non-Discrimination

Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) does not discriminate or treat people differently because of race, color, national origin (including people who do not speak English as their primary language), age, disability, religion, or sex (such as sexual orientation, sexual stereotypes, gender identity, pregnancy or related conditions).

### We're here for you!

Neighborhood offers FREE assistance such as:

- » aids and services for people with disabilities
- » qualified interpreters, translation services, and sign language interpreters
- » written information in large print, braille, electronic and audio format

If you need any of these services, call the Member Services phone number on the back of your Neighborhood ID card. If you are not a Neighborhood member, please call us at 1-800-963-1001 (TTY 711).

### Discrimination Complaints

If you feel like Neighborhood has failed to provide these services or has discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a grievance in person, by phone, mail, fax or email. Need help? Call your Neighborhood Civil Rights Coordinator at the phone number below.

**PHONE:** 1-401-427-7646 (TTY 711)

**MAIL OR  
IN PERSON:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island  
Attn: Civil Rights Coordinator  
910 Douglas Pike  
Smithfield, RI 02917

**FAX:** 1-401-709-7005

**EMAIL:** [OCRCoordinator@nhpri.org](mailto:OCRCoordinator@nhpri.org)

**ONLINE:** <https://www.nhpri.org/non-discrimination-language-assistance>

You can also file a complaint with the **U.S. Department of Health and Human Services:**

**PHONE:** Call 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

**BY MAIL:** Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**ONLINE:** <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

For more information or to view this notice online, please visit the Neighborhood website at [www.nhpri.org](http://www.nhpri.org).



## Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

**ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-963-1001 (TTY 711) or speak to your provider.

**تنبيه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات بديلة لأصحاب الإعاقات مجانًا. اتصل على 1-800-963-1001 (هاتف الصم وضعاف السمع 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

**注意:** 若您使用粵語，我們將為您提供免費的語言協助服務。此外，我們也提供適當的輔助設備與服務，為您提供免費且易於閱讀的資訊。致電 1-800-963-1001 (TTY 711) 或與您的供應商商討。

**请注意:** 如果您说普通话，我们可以为您提供免费的语言援助服务。还会以通俗易懂的形式，免费提供相应的辅助性帮助和服务。请致电 1-800-963-1001 (TTY 711) 或直接联系您的供应商。

**À NOTER :** Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-963-1001 (ATS 711) ou parlez à votre fournisseur.

**ATANSYON:** Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-963-1001 (TTY 711) oswa pale ak founisè w la.

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlose Sprachassistentendienste nutzen. Geeignete unterstützende Hilfen und Services, die Informationen in barrierefreien Formaten bereitstellen, sind ebenfalls kostenfrei. Rufen Sie 1-800-963-1001 (TTY 711) an oder kontaktieren Sie Ihren Anbieter.

**ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायता और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-963-1001 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**ATTENZIONE:** Se parlate italiano, avete a disposizione dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sempre gratuitamente, sono disponibili anche supporti e servizi ausiliari appropriati per fornirvi informazioni in formati accessibili. Potete chiamare il numero 1-800-963-1001 (TTY 711) o parlare con il vostro fornitore.

**注意：**日本語を話せる場合には、無料の言語サービスをご利用いただけます。利用できる形式で情報を提供するための適切な補助器具・サービスも無料をご利用いただけます。1-800-963-1001（テキスト電話（TTY）711）にお電話でお問い合わせになるか、提供者にご相談ください。

**ការយកចិត្តទុកដាក់៖** ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ

សេវាជំនួយភាសាភតិភិក្តិផ្លែមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយភតិភិក្តិផ្លែក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើ

បានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយ

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**참조:** 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이해 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-1001(TTY 711)로 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

**UWAGA:** Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne pomoce i usługi, które zapewniają informacje w zrozumiałym formacie. Zadzwoń pod numer 1-800-963-1001 (TTY 711) lub skonsultuj się ze swoim świadczeniodawcą.

**ATENÇÃO:** Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-963-1001 (TDD 711) ou fale com o seu prestador

**ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, то вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-963-1001 (телетайп 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**ATENCIÓN:** Si habla español, se ofrecen servicios gratuitos de asistencia con el idioma. También se ofrecen ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindar información en formatos accesibles sin cargo alguno. Llame al 1-800-963-1001 (TTY 711) o consulte con su proveedor.

**PANSININ:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng tulong serbisyo sa lengguwahe. Ang mga naaangkop na dagdag na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na porma ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-1001 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các biện pháp hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy gọi số 1-800-963-1001 (TTY 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.